Ein Fall von transitorischer

Aphasie und Hemiplegie

bei

Pneumonie.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Const. Hülsmeyer

aus

Erxleben (Prov. Sachsen).

Neuhaldensleben.

A. Besser's Buchdruckerei.

1885.

Referent:

Herr Geheimrath, Prof. v. Gerhardt.

Seinen theuren Eltern

in

dankbarer Liebe

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0233

Einleitung und Krankengeschichte.

Dass grobe directe oder indirecte anatomische Laesionen des Sprachcentrums, wie sie insbesondere durch Haemorrhagien und ferner durch Tumoren, Embolie, Thrombose und Trauma herbeigeführt werden, häufig Aphasie im Gefolge haben, muss gewiss als eine derzeit hinreichend bekannte Thatsache angesehen werden. Weit weniger dürften bisher jene Aphasien bekannt und beachtet sein, welche ohne Veränderungen des Sprachcentrums während akuter Infectionskrankeiten, bei Hysterie und Epilepsie, sowie nach heftigen Gemütsbewegungen und manchen Intoxikationen vorkommen. Ein Fall solcher rein funktionellen Aphasie, der in diesem Wintersemester in der Klinik von Herrn Geheimrath Gerhardt zu Würzburg beobachtet wurde, soll hier seine Besprechung finden. Derselbe trat im Verlaufe einer croupoesen Pneumonie, welche Krankheit in neuerer Zeit wohl mit Recht zu den Infectionskrankheiten gezählt wird, auf.

Am 6. Februar d. J. trat Georg Schmidt, Schneider aus Strahlungen, 32 Jahr alt, mit einer croupoesen Pneumonie in das hiesige Juliusspital ein. Schmidt war am 4. Febr. gegen Abend plötzlich erkrankt, indem er ohne

vorhergehendes Unwohlsein und ohne nachweisbare Ursache auf einmal Kopfweh und ein überaus starkes Hitzegefühl verspürte. Eine Stunde später stellte sich statt der Hitze ein eisiger Frost ein, so dass es den Patienten sogar hinter dem warmen Ofen fror. In der folgenden Nacht wechselten Frost und Hitze. Dazu wurde Patient von heftigem Durste gequält. Dieser Zustand dauerte auch den andern Tag an, bis sich in den Abendstunden Stechen in der rechten Seite einstellte, wozu sich Athemnoth und Husten gesellten. Pat. vermochte nun nicht mehr auf der rechten Seite zu liegen.

Weitere anamnestische Daten wurden folgende erhoben. Beide Eltern des Pat. sind todt, und zwar starb die Mutter bei der Geburt des Pat. selbst, der Vater eines plötzlichen Todes im 68. Lebensjahre. Von 8 Geschwistern starben 3 in frühster Kindheit; 3 Schwestern und 2 Brüder leben und sind gesund.

Pat. bekam im 5. Lebensjahre ein Augenleiden, nachdem er schon von Geburt an kurzsichtig war. Im 11. Jahre wurde Pat. von einem Wagen überfahren, dessen eines Rad ihm über den linken Oberschenkel ging. Derselbe soll dabei nicht gebrochen, sondern nur in der Hüfte ausgerenkt sein. Im folgenden Jahre lag Pat. 14 Tage am Scharlach krank. Dann blieb Pat. bis zum April 1879 gesund, um welche Zeit er am Typhus erkrankte. Er wurde damals im Spital zu Augsburg, in welchem er 20 Wochen zubrachte, mit kalten Bädern behandelt. Im Oktober desselben Jahres trat bei Pat. eine mit grossen Schmerzen und mit Fieber einhergehende Vereiterung der Lymphdrüsen zuerst der linken und nicht lange nachher auch der rechten Achselhöhle auf. Prof. Bergmann in Würzburg räumte damals die Drüsen beider Achselhöhlen aus.

Seitdem war Pat. bis zu seiner jetzigen Erkrankung gesund. Derselbe versichert schliesslich noch, niemals ein Trinker gewesen zu sein oder eine syphilitische Infection erlitten zu haben.

Status praesens am 6. Februar:

Pat. von ungewöhnlich kräftigem Körperbau, mit kräftiger Muskulatur und gutem Stande der Ernährung zeigt eine fieberhafte Röthe des Gesichts. Die Zunge ist dünn belegt, der weiche Gaumen leicht geröthet. Thorax gut gewölbt. Im Bereich des rechten Unterlappens tympanitische Dämpfung des Schalles, Bronchialathmen und spärliches Knisterrasseln; sonst normale Verhältnisse der Lunge. Herzdämpfung nicht vergrössert; Herztöne rein. Leber- und Milzgrenzen ebenfalls nicht verändert. In der rechten und linken Axilla eine Anzahl rother Narben. In der linken Axilla eine noch eiternde Fistel. Das linke Bein ist um 12 cm kürzer, als das rechte, und im Hüftgelenk steif. Mässiger Hustenreiz mit Expectoration eines innig gemengten blutigserösen Sputums. Urin enthält geringe Mengen Eiweiss. Abends 6 Uhr betrugen die Höhe der Tp. 40,3°, die Frequenz des P. 112 und der Resp. 34.

8. II. 84.

Die Untersuchung der Lunge ergiebt dieselben Verhältnisse, wie vorgestern.

Tp.	morgens	39,2,	abends	40,7,
P.	„	116,	„	116,
Resp.	„	30,	„	48.

Gegen 6 Uhr bekam Pat. plötzlich einen Anfall von Schwäche; es flimmerte ihm vor den Augen; ein leichter Schwindel trat ein. Gleich darauf bemerkte man, dass Pat. nicht mehr sprechen konnte, oder vielmehr dass derselbe nur mehr mit leisester Flüsterstimme sprach, so dass man nur mit dem Ohre an seinem Mund die hervorgebrachten Worte aufzufassen im Stande war. Pat. erzählte beinahe flüssig über das eben Vorgefallene und drückte sich ziemlich verständlich aus, so dass man im ersten Augenblick zu der Annahme geneigt sein konnte, es handle sich in diesem Falle gar nicht um eine aphasische Störung, sondern lediglich um eine totale Aphonie. Forderte man aber Pat.

auf, verschiedene Gegenstände, die man ihm bezeichnete, zu benennen, so bemerkte man, dass er bisweilen geraume Zeit anhielt, ehe er das betreffende Wort hervorbrachte. Dieses geschah dann stets in einer ganz jähen und explosiven Weise, wobei deutlich wahrzunehmen war, dass es den Pat. bedeutende Anstrengung gekostet hatte. Manche Dinge vermochte indessen Pat. beim besten Willen nicht zu benennen, obwohl er dieselben und die ihnen zukommende Bezeichnung zweifelsohne ganz gut kannte. Es waren dies meist mehrsilbige Wörter, wie Uhrkette, Fensterkreuz, Wasserglas. Sowohl während des Anfalls als auch später war und blieb Pat. bei klarem Bewusstsein. Er verstand alles, was man ihm sagte, antwortete, so weit es ging, prompt und deutete, wenn er nicht antworten konnte, durch Zeichen an, dass er wohl wisse, was man von ihm verlange, es aber nicht von sich geben könne.

Die weitere Untersuchung ergab, dass der N Facialis in seinem untern Theile gelähmt war. Der R. Mundwinkel stand tiefer, als der L., und wurde beim Sprechen weniger bewegt. Pfeifen und Aufblasen der Backen gelangen nicht, weil die gelähmte Muskulatur es nicht zuliess, dass die Lippen ein kreisrundes Loch oder einen festen Verschluss bildeten. Augen- und Lidbewegung, ebenso Stirnrunzeln auf beiden Seiten gleich. Keine Pupillendifferenz. Die Zunge wurde weit vorgestreckt, wich aber mit der Spitze etwas nach L. ab. Das Zäpfchen war ebenfalls nach L. gerichtet. Die Gaumenbögen zeigten keine auffallende Differenz.

Die Bewegungen der R. Hand waren weit langsamer, als jene der L. Auch war der Händedruck R. bedeutend schwächer, als L., während Pat. sonst R. arbeitet. Im R. Bein verspürte Pat. keine Abnahme der Kraft.

Die Sensibilität erscheint in keiner Weise gestört.

Beim Versuch, den Pat. zu laryngoscopiren, gewinnt seine Stimme deutlich an Klang und bleibt nach wieder-

holtem Einführen des Spiegels auf mehrere Minuten tönend.

Als mutmassliche Veranlassung des Anfalls wurde nachträglich angegeben, dass Pat. kurz vor Eintritt der oben geschilderten Symptome seitens des Geistlichen energisch aufgefordert worden war, zu beichten, was ihn in grosse Bestürzung versetzte.

Leider wurde weder eine Schriftprobe noch eine ophthalmoskopische Untersuchung vorgenommen.

9. II. 84.

Pat. wurde heute in der Klinik vorgestellt. Die Erscheinungen von gestern waren zwar alle noch vorhanden, jedoch bereits im Verblassen begriffen. Prof. Gerhardt besprach den Fall ausführlich und machte zugleich auf ein merkwürdiges Verhalten des Pulses aufmerksam. Sobald nämlich Pat. redete, wurde sein Puls kleiner, etwas frequenter und unregelmässig. Trotz der offen gelassenen Entscheidung über die Natur des Vorganges stellte Prof. Gerhardt die Prognose günstig. Verordnet wurde ein Dec. Tamarind. nebst absoluter körperlicher und geistiger Ruhe. Bisher hatte Pat. nur Mixt. nitr. bekommen, wie es auf hiesiger Klinik bei gewöhnlichen Pneumonien üblich ist.

Tp.	morgens	39,6,	abends	40,3,
P.	„	116,	„	108,
Resp.	„	52,	„	36.

Der Urin enthielt seit dem Tage des Eintritts geringe Mengen Eiweiss. Der täglich gelassene Harn betrug im Mittel 1800 ccm und hatte im Durchschnitt ein sp. G. von 1015.

10. II. 84.

Pat. hat seine Sprache vollkommen wieder. Die paretischen Erscheinungen sind verschwunden; nur die Zunge weicht noch etwas nach L. ab.

11. II. 84.

Von den aphasischen und hemiplagischen Störungen ist auch nicht die Spur mehr wahrzunehmen. Die Pneumonie ist in Lösung begriffen.

Tp. morgens 39,5, abends 38,6,
P. „ 108, „ 96,
Resp. „ 32, „ 44.

Auffallend ist die grosse Menge des seit gestern Abend gelassenen Urins, sowie dessen verschiedene Färbung und verschiedenes sp. G. Die Gesammtmenge des Urins seit gestern Abend beträgt 4600. Davon hatte der Urin von gestern Abend ein sp. G. von 1010, von der Nacht von 1007 und von heute Morgen von 1004.

Die erst heute gemachte ophthalmoskopische Untersuchung ergab durchaus normale Verhältnisse des Augenhintergrundes.

12. II. 84.

Die Pn. ist gelöst. Abgesehen von einer gewissen Schwäche kann Schmidt schon heute, da keine andern Complikationen, als die beschriebenen, auftraten, als geheilt angesehen werden, wenngleich sein Urin noch Spuren von Eiweiss enthält. Indessen bleibt Schmidt zur Erholung und weitern Beobachtung vorläufig noch im Spital.

3. III. 84.

Patient verlässt heute das Spital. Es hat sich seit dem 12. II. 84 nichts neues an ihm offenbart.

Kapitel 1.

Beziehungen der Pneumonie zu Störungen des Nervensystems.

Es ist eine feststehende Thatsache, dass Geisteskranke, namentlich solche mit apathischem Character, relativ häufig von Pneumonie befallen werden. Man hält diese Pneumonien Geisteskranker allgemein für Schluckpneumonien. Aehnlich will Dr. Rosenbach 11 von ihm beobachtete Fälle von akuten Lungenkrankheiten bei Hemiplegie aufgefasst wissen, welche sämmtlich auf der gelähmten Seite lokalisirt waren. Die Mehrzahl derselben waren Pneumonien. Dr. Rosenbach nimmt an, dass die Reflexerregbarkeit der Luftwege der kranken Seite herabgesetzt sei, und so fremde Körper, die hier eindringen, schwerer ausgehustet werden. Prof. Gerhardt meint hingegen, dass die Pneumonie, welche oft nur ganz kurze Zeit nach einer Hirnhämorrhogie auftreten, und zu dieser Gattung gehören wohl hauptsächlich die Fälle von Dr. Rosenbach, vasomotorischen Ursprungs seien. Thierversuche bewiesen eine auffällige Hyperaemie derselben Seite, wo die Hirnblutung statt fand.

Wie es nun einen Causalnexus zwischen Störungen des Nervensystems und Pneumonie giebt, bei dem die Pneumonie das Secundaere ist, so giebt es noch viel häufiger einen solchen, bei dem die Störungen des Nervensystems das Secundaere sind. Ob letztere, wenn auch nur zum Theil, der Pneumonie eigenthümlich und eine directe Folge dieser selbst sind, oder ob alle bei Pneumonie beobachteten Hirn- und Nervenerscheinungen bei jeder hochfebrilen Krankheit vorkommen können, also nicht ihren Grund in der Pneumonie selbst haben, muss noch als eine ungelöste

Frage betrachtet werden. Pause schiebt alle nervösen Störungen bei Pneumonie lediglich der Hyperaemie des Hirns und Rückenmarks zu. Andere führen dieselben ganz und gar auf das Fieber zurück, welches gemäss der heutigen Anschauung über sein Wesen wohl in zweifacher Weise solche Wirkung hervorbringen könnte, nämlich erstens durch die Temperatursteigerung oder Erwärmung des Blutes und zweitens durch besondere pyrogene Stoffe, welche reizend auf das Centralnervensystem einwirken. Jürgensen nimmt das Erstere an, indem er zugleich eine persönliche Disposition voraussetzt. Er sagt über Hirn- und Nervenerscheinungen bei croupoeser Pneumonie folgendermassen: „Hier ist zunächst abzuziehen, was der Temperatursteigerung als solcher zukommt — Verfasser meint hier wohl das Gefühl des Fröstelns und Schauderns etc. — Von den leichteren Störungen an — Kopfweh, Schlaflosigkeit, Unruhe — bis zu den schwersten — Bewusstlosigkeit, Untersichgehenlassen, furibunde Delirien — finden sich alle Uebergänge. Ein Grund, diese allen Fiebern als solchen zukommenden Erscheinungen bei der Pneumonie auf etwas Anderes, als auf das Fieber zu beziehen, dürfte schwer angeführt werden können. Nun hat man aber eine Form der Pneumonie als „cerebrale“ oder „meningitische“ getrennt — die Abscheidung ist, wie es der Name sagt, durch das starke Hervortreten von Hirnerscheinungen motivirt worden. Es ist daher die Frage zu stellen, ob neben den febrilen Steigerungen der Temperatur, neben einem im Einzelfalle nachzuweisenden individuellen Moment, ein diesen cerebralen Formen Gemeinschaftliches, ein neuer konstanter Faktor eintreten muss, um sie hervorzubringen. Hierauf ist mit einem entschiedenen Nein zu antworten. Ausser dem Fieber sind es wohl stets individuelle Bedingungen, welche die Entstehung der Hirnerscheinungen begünstigen.“

Jürgensen erkennt also alle bei Pneumonie vorkommenden cerebralen Störungen lediglich dem Fieber und

zwar der Temperatursteigerung, zu. Er verwahrt sich auf das Entschiedenste gegen die Annahme, dass bei der Pneumonie eine besondere Ursache zu cerebralen Störungen vorliege. Dieser zuerst von Liebermeister kund gegebenen und verfochtenen Auffassung tritt Heinze auf Grund zahlreicher Beobachtungen energisch entgegen. Heinze erkennt manchen Krankheiten, speciell der Pneumonie, eigenthümliche Functionsstörungen des Nervensystems zu, welche der Krankheit an sich zukommen. Er stützt diese seine Annahme darauf, dass die nervösen Symptome:

1. durchaus nicht immer in ein Verhältniss zur Höhe der Temperatur zu bringen und
2. in Bezug auf die einzelnen fieberhaften Krankheiten ausserordentlich unregelmässig seien.

Ausser den genannten Ansichten fiele vielleicht gerade bei Pneumonie für das Zustandekommen nervöser Störungen der Umstand ins Gewicht, dass das Blut viel weniger arterialisirt wird, als normal. Venöses Blut bildet bekanntlich einen Reiz für manche Centren des Gehirns.

Wenden wir uns jetzt zu den bei Pneumonie gelegentlich zur Beobachtung kommenden und gekommenen abnormen Erscheinungen seitens des Nervensystems.

Bei Kindern prädominiren zu Beginn und während einer Pneumonie cerebrale Störungen, wie Bewusstlosigkeit, Unruhe, Schlaflosigkeit und Delirien oft dermassen, dass das Krankheitsbild dadurch gänzlich verdeckt und die Erkenntniss des eigentlichen Leidens erschwert wird. Zur Erklärung, weshalb dieses gerade bei Kindern der Fall ist, wird namentlich von den Anhängern der Theorie, dass die Hyperaemie des Gehirns die Ursache der cerebralen Störungen bilde, der Umstand angeführt, dass der kindliche Schädel mehr Hirn und weniger Cerebrospinalflüssigkeit enthält, als der des Erwachsenen, in Folge dessen dort eine Hyperaemie eher und mehr nachtheilig wirken muss. Eine uralte Erfahrung ist das häufige Vorkommen des Delirium tremens bei Pneumonie von Trinkern.

Prof. Gerhardt erwähnte bei der klinischen Besprechung unseres Falles unter anderen das bisweilen epidemische Auftreten von Meningitis bei Pneumonie. Er wies ferner darauf hin, dass bei Pneumonie oft Geisteskrankheiten plötzlich ausbrechen und eine Zeit lang andauern. So berichtet Groos von einer acuten Manie und Kelp von einer Tobsucht, welche in Folge von Pneumonie ausbrachen. Letztere betraf einen 40jährigen kräftigen Landmann, der heriditär durchaus nicht belastet war. Kelp führt dieselbe lediglich auf den entzündlichen Prozess in den Lungen zurück. Im Gegensatze dazu veröffentlichten Berthier und Weber je einen Fall, wo eine bestehende Psychose durch den Ausbruch einer Pneumonie geheilt sein soll.

Hirntumoren, welche schon längere Zeit latent lagen, sollen bei Änderung der Hirncirculation, wie sie auch bei Pneumonie stattfindet, plötzlich Symptome machen können. Deshalb ist immer bei cerebralen Störungen während einer Pneumonie die ophthalmoskopische Untersuchung nöthig. Dass bei einer Pneumonie auch Sehstörungen vorkommen, welche dieser Krankheit zuzuschreiben sind, sehen wir aus einem Aufsatz von Dr. Seidel, welcher schon im Jahre 1862 erschien. In demselben bespricht Dr. Seidel, damals Assistenz-Arzt unter Prof. Gerhardt an der Klinik zu Jena, 3 Fälle von Sehstörungen während einer Pneumonie. Dieselben zeigten alle drei Alterationen des Farbensinnes, so zwar, dass in einem Falle verschiedene Farben verwechselt, in den beiden anderen farblose und weisse Gegenstände bunt gesehen wurden. Mit oder nach der Lösung der Pneumonie trat in jedem Falle Heilung ein. Dr. Seidel hält eine Circulationsstörung, und zwar eine venöse Stauung der Papille und Netzhaut für die Ursache der Sehstörungen.

Im Jahre 1878 brachte Dr. Schapira in einem Vortrage über croupoese Pneumonie, den er in der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg hielt, eine Statistik, der bei dieser Krankheit von Seite des Nervensystems auf-

tretenden Complicationen. Die Statistik bezog sich auf 173 Fälle von Pneumonie, die in den letzten 4 Jahren im Juliusspital zu Würzburg genauer beobachtet waren. Nach Dr. Schapira traten unter den 173 Fällen auf:

Delirium (einfaches)	8	mal
Benommenes Sensorium . .	4	„
Starke motor. Erregung . .	2	„
Klonische Krämpfe	1	„
Tremor	1	„
Delirium tremens	9	„
Acuter Exophthalmus . . .	5	„
Mydriasis	6	„
Myosis	7	mal
Strabismus divergens . . .	3	„
Chorea	1	„
Paralysis agitans	1	„
Hemiplegie	3	„

Bei einer Pneumonia bilateralis, welche Dr. Mader, Primärarzt der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien, behandelte, traten am 5. Tage ungemein schwere Hirnsymptome auf. Dr. Mader schrieb dieselben der ungenügenden Respiration zu und wandte die Faradisation beider Phrenici mit überraschend günstigem Erfolge an.

Lepine beobachtete 3 Fälle von Hemiplegie bei Pneumonie, welche zur Section kamen, und für die keine hinlängliche anatomische Veränderung im Gehirn gefunden wurde. Charkow nennt solche während oder nach einer Pneumonie auftretende Hemiplegien geradezu „pneumonische“ und gibt an, dass man für dieselben in der Regel kein genügendes anatomisches Substrat bei der Obduction finde. Lepine, der zuerst auf die klinisch bei Pneumonie an den Gliedmassen eintretenden vasanotorischen Störungen aufmerksam machte, glaubt diese pneumonischen Hemiplegien als Reflexerscheinungen auffassen zu dürfen.

Kapitel 2.

Aphasie. Sprachcentrum. Transitorische und functionelle cerebrale Störungen.

Das Wort Aphasie stammt von Trousseau her, welcher unter diesem Namen ganz bestimmte Sprachstörungen ausschied, während vordem noch fast gar keine Trennung der einzelnen Sprachstörungen bestand. Landois sagt über die Bedeutung des Wortes Aphasie einfach: „Der Verlust des Sprachvermögens wird Aphasie genannt.“ Kussmaul erklärt dieselbe also: „Sie (sc. die klinische Medicin) bezeichnet kurzweg jedes cortikale Unvermögen Wörter zu bilden, gleichgiltig ob Diction oder Artikulation gehemmt ist, als Aphasie“.

Über das Zustandekommen der Störungen der Sprache konnte man sich, so lange die seelischen Functionen, zu denen auch die Sprache gehört, noch völlig unabhängig von der Materie gedacht wurden, natürlich keinen Begriff machen. Nachdem man aber im Gehirn den Grund oder wenigstens die Bedingung der psychischen Thätigkeiten erkannt hatte, und Gall so kühn gewesen war, die einzelnen psychischen Thätigkeiten im Gehirn zu lokalisiren, gelang es auch den rastlosen Bemühungen eines grossen Mannes, das Sprachcentrum aufzufinden. Broca trat zuerst mit der Behauptung auf, dass die dritte Stirnwindung und die Jnsel Sitz des Sprachcentrums seien, und dass ihre Verletzung Störungen der Sprache bedinge. Seitdem wurde die Broca-sche Behauptung durch zahlreiche Sectionsbefunde bestätigt. Indessen mangelt es auch nicht an Beispielen, wo nach einer sicher vorhanden gewesenen Sprachstörung keine Ver-

änderung der von Broca für das Sprachcentrum angesprochenen Theile zu konstatiren waren. Dieses schliesst allerdings keineswegs aus, dass Broca's Behauptung dennoch richtig sei. Denn erstens können Veränderungen vorgelegen haben, welche für die jetzigen Untersuchungsmethoden zu subtil waren. Zweitens wissen wir heute, dass es sogenannte functionelle Störungen einer Gehirnpartie gibt, welche ohne eigentlich materielle Veränderung der Nervensubstanz zu Stande kommen. Diese functionellen cerebralen Störungen, besonders die functionelle Aphasie, für welche eine grob anatomische Veränderung nach dem Tode nicht gefunden oder intra vitam nicht angenommen werden konnte, haben erst in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich gezogen.

Da solche rein functionelle cerebralen Störungen gewöhnlich nach kürzerer oder längerer Zeit zur vollständigen Heilung gelangen, während solche cerebralen Störungen, welche auf anatomischen Veränderungen der Gehirnsubstanz beruhen, wohl nie völlig ad integrum restituirt werden, so pflegen wir von solchen cerebralen Störungen, welche spurlos wieder vorübergehen, also transitorisch sind, anzunehmen, dass ihnen keine grob anatomischen Veränderungen des Gehirns zu Grunde liegen. In diesem Sinne soll auch das Wort „transitorisch“ in der Überschrift des nächsten Kapitels verstanden sein.

Kapitel 3.

Zur Casuistik transitorischer Aphasien und Hemiplegien.

Keine erschöpfende Aufzählung aller, sondern nur eine Zusammenstellung einiger in der Literatur verzeichneter Krankheiten und Gelegenheiten soll hier gebracht werden, bei denen sich aphasische und hemiplegische Störungen von der am Schlusse des vorigen Kapitels beschriebenen Art fanden.

Über die functionelle Aphasie gibt Kussmaul an, dass dieselbe gelegentlich bei Hysterie, im Gefolge mancher anderen Neurosen, wie Epilepsie, Chorea, Katalepsie, Ekstase und bei vielen sonstigen Krankheiten, wie Diabetes, Morbus Brightii, Syphilis, Saturnismus, Alcoholismus, Scharlach, Masern, Blattern, und Erysipelas beobachtet wurde. Ferner sind Fälle verzeichnet, sagt Kussmaul weiter, wo Kothanhäufung im Darm und Spulwürmer Aphasie hervorgerufen haben sollen, die nach Beseitigung der Ursachen verschwunden sei.

Im Jahre 1874 sammelte Clarus die in der Litteratur zerstreuten Fälle von Aphasie bei Kindern. Dieselben beliefen sich auf 50, welche Clarus in 5 Gruppen eintheilt:

1. Angeborene Aphasie bei ungestörter Intelligenz — 3 Fälle.
2. Aphasie nach akuten Krankheiten 16 Fälle (12 Ileotyphus, 2 Masern, 1 Variola, 1 Scarlatina).
3. Aphasie bei akuten Hirnaffectionen — 13 Fälle.
4. Aphasie bei chron. Hirnaffectionen — 10 Fälle.
5. Aphasie bei Neurosen — 8 Fälle (1 Convulsionen, 2 Hemispasmus, 3 Chorea, 2 Helminthiasis).

Bei den unter Gruppe 2 gestellten Aphasien glaubt Verfasser gröbere, materielle Veränderungen des Gehirns ausschliessen zu müssen, wie dieses auch die Autopsie in einem mit dem Tode endigenden Falle darthat. Er nimmt hier als ursächliches Moment Störungen der Blutcirkulation oder Druck durch ein Exsudat an. In keinem Falle waren Lähmungserscheinungen vorhanden.

Wie in dieser Statistik die Mehrzahl der von Clarus als functionelle Aphasien betrachteten Fälle dem Typhus zukommen, so entfällt auch die Mehrzahl der übrigen in der Litteratur verzeichneten functionellen Aphasien auf Typhus oder dessen Rekonvalescenzzeit. Thomsen, der selbst von einer Aphasie berichtet, welche bei einem 8jährigen Knaben während eines Typhus entstand und etwa 3 Wochen andauerte, fand in der Litteratur 18 ähnliche Fälle, von denen nur einer letal endete, während alle übrigen geheilt wurden. Bei der regelmässigen Heilung und dem durchaus negativen Sectionsbefunde des einzig tödtlichen Falles nimmt Thomsen an, dass es sich stets nur um functionelle Störungen der Broka'schen Windung gehandelt habe.

Bouchut behandelt in seinem Aufsatz „De l'aphasie chex les enfants", jene Art von Aphasie, welche entweder ohne cerebrale Symptome eintritt und namentlich die Reconvalescenz von schweren akuten Krankheiten begleitet (primaere Aph.). Fälle primaerer Aph. ohne bekannte Veranlassung beobachtete B. 4 mal. Alle 4 wurden geheilt. Interesant ist ein Fall von intermittirender Aph. bei einem 9jährigen Mädchen. Dasselbe hatte vorher schon verschiedentlich an vorübergehenden Lähmungen gelitten. Bewusstseinsstörungen waren nie aufgetreten. Bouchut will durch Applikation eines Vesicators in den Nacken nach 8 Tagen Wiederherstellung erreicht haben.

Dolinski beobachtete zweimal in der Reconvalescenzperiode nach Typhus eine plötzlich auftretende Aphasie. Der eine Fall betraf einen 4jährigen Kaben und ging mit

paretischer Schwäche der linken Extremitäten einher. Bewusstseinsstörungen waren nicht vorhanden. Dolinski leitete die Erscheinungen von allgemeiner Entkräftung her, verordnete roborirende Diät und erzielte in wenigen Tagen Heilung.

Drei Fälle von Alalie bei Typhus, welche allerdings streng genommen nicht hierher gehören, theilt Dr. Steinbach mit. Die Sprache kehrte bei allen drei Fällen in der Reconvalescenz zurück.

In den „Neuropathologischen Mittheilungen" von Dr. Loewenfeld, welche 1883 im ärztlichen Intelligenzblatt erschienen, finden sich unter der Überschrift „Zur Casuistik transitorischer Aphasien" 2 Fälle, in denen nur wenige Stunden andauernde Sprachstörungen in Folge heftiger Gemütsbewegungen auftraten. Verfasser erklärt dieselben durch umschriebene Circulationsstörungen im Gehirn, und zwar glaubt er einen Arterienkrampf als Ursache derselben ansprechen zu dürfen. In beiden Fällen waren keinerlei Lähmungserscheinungen im Bereiche des Facialis oder an den Extremitäten wahrzunehmen. Die Schreckaphasien, sagt Loewenfeld weiter, können hinsichtlich ihrer Dauer von mehreren Stunden bis zu über ein Jahr währen.

Kjellmann veröffentlichte 1878 einen Fall von reiner Aphasie nach Delirium tremens, dessen Verlauf leider nicht berichtet wird.

Poyen beobachtete eine transitorische Aphasie nach Darmkolik, Ehrlich eine solche nach Verkältung und Diätfehler. Ein 24jähriger Mann, der sich erkältet und verdorbenes Fleisch genossen hatte, verlor plötzlich die Sprache. Ehrlich kurirte ihn durch Tart. emet. Nach erfolgtem Erbrechen kehrte die Sprache vollständig und dauernd wieder.

In der Berliner klin. Wochenschrift theilte Koch einen Fall von Aphasie ex Anaemia mit. Derselbe betraf einen 38jährigen, gesunden Fabrikanten, welcher am Weihnachtsabend plötzlich einen Anfall von Sprachstörung bekam, so

dass er schwerfällig und kaum verständlich sprach und manche Worte gar nicht richtig hervorbrachte. Der Anfall ging ohne Bewusstseinsstörung einher und dauerte eine halbe Stunde. Hamary hatte Gelegenheit, bei einer Malariafieber-Epidemie einen Fall von Aphasie mit nachfolgenden heftigen Krämpfen zu beobachten, der beim Gebrauch von Chinin günstig verlief. Ganz ähnlich ist ein von Boisseau erwähnter Fall, wo bei Malariafieber eines 27jährigen Soldaten eine transitorische Aphasie auftrat, 1 Stunde andauerte und ebenfalls auf Gebrauch von Chinin (0,8 gr) schwand. In beiden Fällen waren weder sensorische, noch sensible oder motorische Störungen zu bemerken.

Bei einem 3jährigen Mädchen entstand plötzlich und ohne Veranlassung Aphasie, so dass das Kind nur den Laut „Au“ ausstossen konnte, wenn es gekniffen wurde. Nach 1 Stunde kehrte die Sprache vollständig zurück, und zwar unmittelbar nach spontanem Erbrechen. Henoch, der diesen Fall sah, setzt ihn in Parallele mit Asthma dyspepticum, bei welchem gleichfalls ein Reflex vom Magen aus vorliegt, der nach einer andern Sphäre des Centralnervensystems hin ausstrahlt. Henoch berichtet noch 2 ähnliche Fälle und Siegmund einen weitern, wo nach Indigestionen Sprach- und Bewusstseinsstörungen auftraten, die sich in kurzer Zeit, nachdem die Patienten ihren Magen durch Erbrechen entleert hatten, wieder verloren.

Ogle stellt eine Reihe von Beobachtungen über Verlust des Sprachvermögens (Aphasie) in Folge von Schlangenbiss zusammen, zu deren Erklärung er eine Contraction der mittleren Gehirnarterien annimmt, welche ähnlich einer Embolie wirke. Für diese Annahme sprechen 1) der Symptomenkomplex: Schwindel, plötzlicher Verlust der Sprache; 2) die in 2 Fällen von Ogle nachgewiesene Anaemie des Gehirns, welche um so auffälliger, als sich die übrigen Organe im Zustande der Hyperaemie befinden. In den Fällen, wo die Aphasie dauernd zurück bleibt,

dürfte entweder eine zu lange dauernde Contraction unheilbare Veränderungen in der Gehirnsubstanz gesetzt haben oder oberhalb der Contractionsstelle ein thrombotischer Verschluss der Arterie erfolgt sein.

Die transitorischen Lähmungen anlangend, schreibt Dr. Albert Schwarz in einer kurzen Mittheilung, welche im Archiv f. klin. Medicin erschien und sich auf einen Fall von rechtsseitiger Lähmung mit Aphasie nach Masern bezog: „Lähmungserscheinungen nach akuten Krankheiten sind keine allzu seltenen Erscheinungen, immerhin aber bemerkenswerth genug, um zu kasuistischen Mittheilungen verwandt werden zu können.“ Ueber Lähmungserscheinungen nach Pocken, wie sie besonders im 17. Jahrhundert massenhaft vorgekommen sein sollen, handelt ein Aufsatz von Manisolle, welcher sich allerdings der Ansicht Charcot's anschliesst, dass hinter jeder functionellen Störung eine feinere oder gröbere, vorübergehende oder dauernde materielle Laesion zu finden sei, während Gubler im Gegensatze dazu diese Lähmungen als nicht materielle bezeichnet.

Thomas berichtet von einer uraemischen doppelseitigen Hemiplegie, welche er bei Scharlach mit bedeutender Albuminurie beobachtete. Sie trat unter heftigen Delirien plötzlich des Nachts auf. Dieselbe wurde völlig geheilt.

Eine halbseitige Lähmung in Folge von Verdauungsstörung beschreibt B. Fraenkel. Dieselbe wurde in einem Tage geheilt.

Albutt theilt 8 Fälle von Hemiplegie bei Schwangeren mit, welche geheilt wurden. Verfasser sieht den Zustand als vasomotorische und Visceral-Neurose an; Mangel an gehöriger Blutzufuhr bedinge die paretischen und neuralgischen Erscheinungen. Handfield Jones will ähnliche Zustände bei Männern gesehen haben.

Eine Combination von transitorischer Aphasie und Hemiplegie bietet uns besonders häufig die Hysterie. Doch auch sonst wurden öfters gleichzeitig Lähmungen und Sprach-

störungen beobachtet, für deren Erklärung eine grob anatomische Veränderung im Gehirn nicht nachgewiesen oder angenommen werden konnte. Duret veröffentlichte einen Fall aus der Klinik von Prof. Verneuil in Paris, wo eine Verbrennung des linken Arms und der linken Schulter mit völliger Anaesthesie und Hemiplegie der linken Körperhälfte, sowie mit Sprachstörungen verknüpft war. Letztere dauerten 5 Tage an, während die Parese und Anaesthesie schon am 3. Tage verschwunden waren.

Garlik beschreibt einen merkwürdigen Fall von rechtsseitiger Hemiplegie mit Aphasie nach Typhoid bei einem 7jährigen Knaben. Bewusstseins- und Sensibilitätsstörungen bestanden nicht; die ophthalmoskopische Untersuchung fiel negativ aus. Die Hemiplegie besserte sich ziemlich schnell, weniger die Aphasie.

Ebenfalls nach Typhus stellte sich bei einer 52jährigen Frau, die Gray behandelte, eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie und Agraphie ein. Die Hemiplegie besserte sich nach ein paar Wochen, die Aphasie etwas später.

Feith erzählt von einem Falle von Aphasie bei einem 5jährigen Knaben nach Ileotyphus. Derselbe war vergesellschaftet mit Ataxie der untern Extremitäten (tabetischer Gang) ohne Sensibilitätsstörungen. Nach etwa drei Wochen trat plötzlich Heilung ein.

Schepherd führt einen Fall von allgemeiner Paralyse mit Aphasie bei Scharlach an, welche nach einigen Monaten unter roborirender Diät heilten.

Schliesslich mag hier noch einmal auf den von Dr. Schwarz beobachteten und schon weiter oben erwähnten Fall von rechtsseitiger Lähmung mit Aphasie nach Morbillen, der in kurzer Zeit zur völligen Genesung gelangte, hingewiesen sein.

Kapitel 4.

Zur Erklärung unseres Falles.

Es handelt sich in unserm Falle um eine transitorische Aphasie und Hemiplegie bei einer Pneumonie, die wir gemäss der am Schlusse des 2. Kapitels gemachten Voraussetzung als functionelle Störungen betrachten. Wir nehmen also an, dass der in der Krankengeschichte geschilderte Vorfall bei dem Patienten Schmidt lediglich auf einer Veränderung der Function, nicht aber auf einer Veränderung der Structur oder einer gröbern Laesion einer bestimmten Gehirnpartie, insbesondere des Sprachcentrums beruhte. Zu dieser Annahme halten wir uns aus folgenden Gründen berechtigt:

1) wegen der Flüchtigkeit der ganzen Erscheinungen;

2) wegen des Mangels jeglicher Bewusstseins- und Sensibilitätsstörungen;

3) wegen des Umstandes, dass Pat. beim Einführen des Kehlkopfspiegels mit klangvoller Stimme sprach, wenn auch die Aphasie an sich dadurch nicht behoben wurde;

4) wegen des völlig negativen Resultates der ophthalmoskopischen Untersuchung;

5) wegen des Mangels sonstiger Hirnsymptome, wie Kopfschmerz, Erbrechen, Ohrensausen u. s. w.;

6) wegen des Alters des Patienten und des Fehlens von Arteriosklerose, was speciell gegen Apoplexie und autochthone Thrombose spricht.

Am meisten gleicht unser Fall dem Bilde einer hysterischen Affection. Dass wir es mit einem kräftigen Manne zu thun haben, würde allein nicht gegen eine

solche sprechen, denn die Existenz einer Hysteria virilis unterliegt wohl kaum mehr einem Zweifel. Prof. Massini in Basel behauptet zum Beispiel, dass in dem angrenzenden Elsass hysterische Bauern keine Seltenheit seien. Gegen Hysterie wäre indessen anzuführen, dass Patient ein ähnliches Ereigniss noch nie erlitten haben will, und auch hier im Spital keine weitern Zeichen von Hysterie an demselben bemerkt wurden. Es hiesse nun doch wohl etwas zu weit gehen, wenn man bei einem solchen Manne, der noch dazu sehr robust gebaut ist, einen plötzlichen hysterischen Anfall zur Enträthselung des fraglichen Vorfalles proponiren wollte. Ausserdem waren absolut keine Sensibilitätsstörungen bei unserm Pat. zu eruiren, und sein Urin war, wenigstens während der Dauer der Aphasie und Hemiplegie, von normaler Menge und normalem spec. Gewicht.

Ebenso wenig, wie eine Hysteria virilis lässt sich eine heftige Gemütsbewegung als Grund für die aphasischen und hemiplegischen Erscheinungen bei Schmidt heranziehen, zumal Kussmaul den Gemütsbewegungen nur bei hysterischen Personen die Fähigkeit einräumt, stumm und starr machen zu können. Wir dürfen also wohl der energischen Aufforderung, zu beichten, welche an unsern Pat. kurz vor Eintritt der Aphasie und Hemiplegie erging, jeden Causalnexus zu letzteren absprechen, wenngleich eine solche Aufforderung wohl im Stande sein mag, manchen aus der Fassung zu bringen.

Da der Urin des Pat. eiweisshaltig war, so könnte man vielleicht aus Analogie zu dem von Thomas beobachteten Falle, welcher oben angeführt wurde, an eine uraemische Erscheinung denken. Indessen verlor Pat. nicht einen Augenblick das Bewusstsein, und enthielt sein Harn doch nur wenig Eiweiss, während in dem von Thomas beschriebenen Falle ausser einer sehr bedeutenden Albuminurie wenigstens beim Eintritt der Hemiplegie heftige Delirien vorhanden waren.

Am plausibelsten scheint in unserm Falle die Annahme einer vasomotorischen Störung zu sein, welche reflectorisch von den Lungen aus hervorgebracht wurde und hauptsächlich die linke Art. fossae Syllvii betraf. Eine gewisse Berechtigung zu dieser Annahme erblicken wir auch in einem Umstande, den wir leider in der Krankengeschichte zu erwähnen vergassen. In den ersten Stunden nach Eintritt der Aphasie und Hemiplegie schwitzten nämlich die untern Extremitäten des Patienten sehr stark. Die vasomotorische Störung kann nun zweifacher Art gewesen sein. Es könnte entweder eine plötzliche Erhöhung des Gefässtonus, also ein Gefässkrampf eingetreten sein, wodurch die Ernährung einer bestimmten Hirnpartie, besonders auch der dritten Stirnwindung und Jnsel, herabgesetzt oder gänzlich aufgehoben war. Andererseits könnte eine Hyperaemie des Gehirns, ähnlich wie es Traube für die Ecclampsie annimmt, zu einer Exsudation von Blutserum geführt haben. Das Exsudat könnte nun seinerseits direct durch Druck auf bestimmte Ganglienzellengruppen oder indirect durch Druck auf Gefässe und Abschneidung von Nahrungszufuhr die Thätigkeit eines bestimmten Rindenbezirkes beeinträchtigt haben. Dass solche Exsudate sehr leicht und schnell zur Resorption gelangen, und damit ihr schädlicher Einfluss aufgehoben wird, ist eine bekannte Erfahrung.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Gerhardt für die freundliche Ueberlassung des Themas meinen herzlichsten Dank abzustatten.

Litteratur:

Jürgensen „Croupoese Pneumonie"; aus Ziemsen's „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie".

Pause „Die Lungenentzündung, ihr Wesen und ihre rationelle Behandlung."

Kussmaul „Störungen der Sprache".

Charcot „Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems".

„Jahresberichte über die Leistungen und Forschungen der gesammten Medicin". Virchow-Hirsch.

Schmidt's „Jahrbücher".

„Aerztliches Intelligenzblatt".

„Archiv f. klin. Medicin".

„Berichte über die Sitzungen der phys.-medicin. Gesellschaft in Würzburg".

„Jahrbuch für Kinderheilkunde".

„Deutsche Klinik."